

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 1838

Vragen van het lid **Kooiman** (SP) aan de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie over *Multi Systeem Therapie voor jongeren* (ingezonden 25 januari 2012).

Antwoord van staatssecretaris **Teeven** (Veiligheid en Justitie) (ontvangen 14 maart 2012) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 1542.

#### Vraag 1

Herinnert u zich de eerdere vragen over de financiering van Multi Systeem Therapie (MST)?<sup>1</sup> Hoe verhoudt uw antwoord dat u niet de inzet van één type programma of behandeling kunt stimuleren zich tot uw eerdere (enthousiaste) belofte dat u de toepassing van deze therapievorm verder gaat bevorderen omdat deze een effectieve combinatie van behandeling en controle biedt?<sup>2</sup>

#### Antwoord 1

Ja.

Ik bedoel daarmee dat ik de inzet van effectieve gedragsinterventies, waaronder systeemgerichte als MST, stimuleer, maar dat eerst afhankelijk van het risicoprofiel van een jongere en zijn omgeving moet worden nagegaan welk type gedragsinterventie daarbij aansluit en effectief kan zijn. In de brief over het adolescentenstrafrecht heb ik aangegeven dat de inzet van systeeminterventies bevorderd kan worden in het geval dat het gezinssysteem van jongeren heropgevoed moet worden om structurele verbeteringen in het gedrag te realiseren.

#### Vraag 2

Is het waar dat in 2011 slechts elf van de 685 MST-behandelingen in Nederland (2%) in het kader van de gedragsbeïnvloedende maatregel voor jeugdigen is uitgevoerd en dus betaald is door Veiligheid en Justitie? Is het eveneens waar dat 98% van de MST-behandelingen wordt betaald op basis van de Zorgverzekeringswet? Vindt u het wenselijk dat het merendeel van de behandelingen gefinancierd wordt op basis van de zorgverzekeringswetten,

<sup>1</sup> 2012Z24040/2012D00018.

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 28 741, nr. 17. «Ik wil de toepassing van deze systeemgerichte interventies verder bevorderen omdat ze een effectieve combinatie van behandeling en controle bieden.»

gelet op het feit dat dit kan leiden tot de onwenselijke situatie dat een behandeling door een rechter opgelegd wordt en dat het vanwege (gebrek aan) de financiering uit zorgverzekeringswetten niet uitgevoerd kan worden?

#### Antwoord 2

Bij de eerdere vragen<sup>3</sup> heb ik aangegeven dat MST het afgelopen jaar ongeveer 175 keer is ingezet in een strafrechtelijk kader, waaronder de gedragsbeïnvloedende maatregel (GBM). Het merendeel van de MST-behandelingen vindt buiten strafrechtelijk kader plaats. Daarbij heb ik ook aangegeven dat MST veelal wordt gefinancierd via de zorgkantoren op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze wijze van financiering is enkele jaren door het ministerie van VWS zo afgesproken met het Interprovinciaal Overleg (IPO), vanwege eenduidigheid in de financiering voor zowel geïndiceerde jeugdzorg als zorg in gedwongen kader. Een eenduidige wijze van financiering geeft ook meer mogelijkheden voor integrale en daarmee effectieve hulp aan jeugdigen en gezinnen.

#### Vraag 3

Is het niet gebruikelijk dat maatregelen die worden opgelegd in justitieel kader door Veiligheid en Justitie worden betaald? Waarom geldt dan ten aanzien van Multi Systeem Therapie dat deze tijdelijk is gefinancierd?

#### Antwoord 3

Maatregelen die in strafrechtelijk kader worden opgelegd, zoals de uitvoering van een taakstraf, de begeleiding door de jeugdreclassering en het verblijf en de behandeling in een justitiële jeugdinrichting worden betaald door Veiligheid en Justitie. Indien naast de begeleiding door de jeugdreclassering zorgprogramma's zoals MST worden ingezet, is de financiering geregeld via de Zvw of de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Ik heb bij de eerdere vragen<sup>4</sup> aangegeven dat naast de reguliere wijze van financiering de inzet van programma's zoals MST bij de GBM tijdelijk door Veiligheid en Justitie wordt gefinancierd om de toepassing van de GBM te bevorderen en dat dit binnenkort wordt geëvalueerd.

#### Vraag 4

Bent u bekend met de knelpunten in de huidige financiering van MST op basis van de Zorgverzekeringswet als gevolg van de forse bezuinigingen in de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), zoals deze beschreven worden in de brief van de directeur MST-Nederland en de Programmaleider MST Overijssel?<sup>5</sup> Wat is uw reactie op al deze knelpunten?

<sup>3</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, Aanhangsel van de handelingen, nr. 1151.

<sup>4</sup> Zie voetnoot 3.

<sup>5</sup> Brief als bijlage integraal doorgezonden aan bewindspersoon, de opsomming van knelpunten is ook hier opgenomen:

- «Recent zijn er forse bezuinigingen in de GGZ opgelegd. Voor de sector en de patiënten heeft dit enorme consequenties. Voor de vergoeding van MST leidt dit tot de volgende knelpunten:
- De zorgkantoren zijn in toenemende mate terughoudend met de financiering van behandelingen in een justitieel kader die gericht zijn op het terugdringen van criminele recidive.
  - De productieafspraken met de zorgverzekeraars staan nauwelijks capaciteitsuitbreiding toe. Er zijn wachtlijsten voor de uitvoering van MST en deze groeien.
  - Diverse instellingen willen graag investeren in nieuwe MST teams, maar kunnen dit niet vanwege het beperkte aantal GBM's en omdat deze per keer worden ingekocht. Zonder inkoopgaranties kunnen aanbieders niet goed investeren in uitbreiding. Dit is een gemiste kans, want de behoefte is groot.
  - De toeleiding naar MST is complex en onnodig bureaucratisch, omdat indicatiestellingen van Bureau Jeugdzorg nodig zijn voor alle behandelingen die niet in het kader van de GBM plaatsvinden. Inhoudelijk is het advies van een reclasseerder en oordeel van de rechter voldoende. Aangezien de behandeling nu doorgaans in het kader van de WGBO plaatsvindt, zijn de instemming van deelnemers en psychiatrische diagnoses vereist en is de privacyregelgeving van toepassing. Dit alles is ingewikkeld voor een verplichte behandeling.
  - Gerechtelijke uitspaken, om MST uit te voeren bijvoorbeeld in het kader van bijzondere voorwaarden, kunnen in het gedrang komen doordat er een afhankelijkheid is t.o.v. de Jeugdzorg door wachtlijsten, indicatiestelling en capaciteitsbeperking.»

#### Antwoord 4

Ik ben bekend met de bezuinigingen van het ministerie van VWS in de GGZ. Gezien de economische situatie in Nederland is het noodzakelijk om in tal van sectoren bezuinigingen door te voeren. In de brieven waar u naar verwijst, wordt als één van de knelpunten genoemd dat het aantal GBM's beperkt is. De afgelopen jaren is er in de jeugdstrafrechtketen sprake van een minder grote instroom van minderjarige verdachten. Dit heeft geleid tot een daling in het aantal opgelegde straffen en maatregelen. Dit heeft ook consequenties gehad voor het aantal GBM's dat is opgelegd. Het is dan ook van belang de inkoop van programma's als MST niet alleen op de GBM te richten, maar breder te organiseren. Een ander knelpunt dat wordt genoemd, is dat de toeleiding naar programma's als MST complex is. Er worden hoge eisen aan de wijze van toeleiding gesteld omdat zorgvuldig moet worden vastgesteld of een jongere een behandeling echt nodig heeft en dat er kans op succes is. Bovendien is een dergelijke toeleiding noodzakelijk in het licht van de kosten die voor de uitvoering van deze programma's moeten worden gemaakt.

#### Vraag 5 en 6

Erkent u nu wel of niet dat er problemen zijn met de financiering van dit bewezen effectieve behandelprogramma voor jongeren met ernstige gedragsproblemen?

Hoe beoordeelt u het feit dat een eerste MST team in Overijssel heeft moeten stoppen omdat de financiering (op basis van de gedragsbeïnvloedende maatregel voor jeugdigen) zo is tegengevallen?

#### Antwoord 5 en 6

Het is mij bekend dat er problemen zijn met de financiering van MST. Eerder heb ik aangegeven wat de mogelijkheden tot financiering zijn (zie vraag 3). Het stoppen een MST-team heeft echter niet te maken met de financiering van de GBM, maar met een bezuiniging bij een regionale GGZ-instelling. Dat valt onder de verantwoordelijkheid van deze instelling.

#### Vraag 7

Nu u in uw antwoorden op eerdere vragen benadrukt dat er ten aanzien van MST een vraaggerichte benadering wordt gevolgd, hoe kan het dan dat bijvoorbeeld in Overijssel de vraag naar MST het aanbod al snel oversteeg, maar dat de financiering dus niet is geregeld? Wat is uw reactie op de vrees van de briefschrijvers dat circa 50 Overijsselse jongeren en hun gezinnen in 2012 dus geen MST behandeling krijgen, met het risico dat een substantieel deel van die 50 jongeren in detentie terecht zullen komen waarvan de kosten vele malen hoger zijn dan van een MST behandeling?<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Brief als bijlage integraal doorgezonden aan bewindspersoon, de opsomming van knelpunten is ook hier opgenomen:

- «Recent zijn er forse bezuinigingen in de GGZ opgelegd. Voor de sector en de patiënten heeft dit enorme consequenties. Voor de vergoeding van MST leidt dit tot de volgende knelpunten:
- De zorgkantoren zijn in toenemende mate terughoudend met de financiering van behandelingen in een justitieel kader die gericht zijn op het terugdringen van criminele recidive.
  - De productieafspraken met de zorgverzekeraars staan nauwelijks capaciteitsuitbreiding toe. Er zijn wachtlijsten voor de uitvoering van MST en deze groeien.
  - Diverse instellingen willen graag investeren in nieuwe MST teams, maar kunnen dit niet vanwege het beperkte aantal GBM's en omdat deze per keer worden ingekocht. Zonder inkoopgaranties kunnen aanbieders niet goed investeren in uitbreiding. Dit is een gemiste kans, want de behoefte is groot.
  - De toeleiding naar MST is complex en onnodig bureaucratisch, omdat indicatiestellingen van Bureau Jeugdzorg nodig zijn voor alle behandelingen die niet in het kader van de GBM plaatsvinden. Inhoudelijk is het advies van een reclasseerder en oordeel van de rechter voldoende. Aangezien de behandeling nu doorgaans in het kader van de WGBO plaatsvindt, zijn de instemming van deelnemers en psychiatrische diagnoses vereist en is de privacyregelgeving van toepassing. Dit alles is ingewikkeld voor een verplichte behandeling.
  - Gerechtelijke uitspaken, om MST uit te voeren bijvoorbeeld in het kader van bijzondere voorwaarden, kunnen in het gedrang komen doordat er een afhankelijkheid is t.o.v. de Jeugdzorg door wachtlijsten, indicatiestelling en capaciteitsbeperking.»

#### Antwoord 7

De zorgkantoren zijn samen met de BJZ's verantwoordelijk voor de inschatting van de vraag. Zorgkantoren maken jaarlijks productie-afspraken met aanbieders. Op basis van de inschattingen is de financiering voorzien.

#### Vraag 8

Waarom staat u het toe dat bezuinigingen, al dan niet bij een regionale GGZ-instelling<sup>7</sup> of binnen de GGZ in het algemeen<sup>8</sup>, ertoe leiden dat deze bewezen effectieve gedragsinterventie minder kan worden opgelegd en uitgevoerd dan wenselijk is?

#### Antwoord 8

Bezuinigingen zijn kabinetsbeleid waaraan ook Veiligheid en Justitie zich committeert. Ook in economisch lastige tijden zijn er naar mijn mening voldoende mogelijkheden om daarop in te spelen, hetgeen tot de verantwoordelijkheid van de BJZ's, GGZ-instellingen en de zorgkantoren behoort.

#### Vraag 9

Bent u bereid te overleggen met uw collega van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met de directeur van MST-Nederland en de Programmaleider MST Overijssel over de knelpunten in de financiering van MST en deze voor zover mogelijk op te lossen? Zo ja, bent u bereid de Kamer hierover op korte termijn te informeren? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 9

Op ambtelijk niveau zal overleg worden gevoerd met VWS en MST Nederland. Ik zal u binnenkort over de uitkomsten van dit overleg informeren.

---

<sup>7</sup> 2012Z24040/2012D00018.

<sup>8</sup> Brief als bijlage integraal doorgezonden aan bewindspersoon, de opsomming van knelpunten is ook hier opgenomen:

- «Recent zijn er forse bezuinigingen in de GGZ opgelegd. Voor de sector en de patiënten heeft dit enorme consequenties. Voor de vergoeding van MST leidt dit tot de volgende knelpunten:
- De zorgkantoren zijn in toenemende mate terughoudend met de financiering van behandelingen in een justitieel kader die gericht zijn op het terugdringen van criminele recidive.
  - De productieafspraken met de zorgverzekeraars staan nauwelijks capaciteitsuitbreiding toe. Er zijn wachtlijsten voor de uitvoering van MST en deze groeien.
  - Diverse instellingen willen graag investeren in nieuwe MST teams, maar kunnen dit niet vanwege het beperkte aantal GBM's en omdat deze per keer worden ingekocht. Zonder inkoopgaranties kunnen aanbieders niet goed investeren in uitbreiding. Dit is een gemiste kans, want de behoefte is groot.
  - De toeleiding naar MST is complex en onnodig bureaucratisch, omdat indicatiestellingen van Bureau Jeugdzorg nodig zijn voor alle behandelingen die niet in het kader van de GBM plaatsvinden. Inhoudelijk is het advies van een reclasseerder en oordeel van de rechter voldoende. Aangezien de behandeling nu doorgaans in het kader van de WGBO plaatsvindt, zijn de instemming van deelnemers en psychiatrische diagnoses vereist en is de privacyregelgeving van toepassing. Dit alles is ingewikkeld voor een verplichte behandeling.
  - Gerechtelijke uitspaken, om MST uit te voeren bijvoorbeeld in het kader van bijzondere voorwaarden, kunnen in het gedrang komen doordat er een afhankelijkheid is t.o.v. de Jeugdzorg door wachtlijsten, indicatiestelling en capaciteitsbeperking.»